

Formulario de Admisión Valor Medical

Nombre Completo del Paciente: _____ Nombre de soltera: _____

Fecha de Nacimiento: _____ Sexo: M ____ F ____ Otro _____

SSN (requerido): _____ - _____ - _____ Estado Civil: Soltero ____ Casado ____ Divorciado ____ Viudo ____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Correo electrónico: _____ Ocupación: _____

Teléfono principal: _____ Teléfono alternativo: _____

Contacto de emergencia: _____ Relación: _____

Teléfono de contacto de emergencia: _____

Paciente referido por: _____

Nombre de la farmacia (usado con mayor frecuencia): _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____

Teléfono: _____ Fax: _____

Otra Información del Paciente

¿Con qué categoría racial se identifica más el paciente?

Afroamericano Asiático Caucásico Hispano o Latino
 Nativo americano Nativo Hawaiano Isleño del Pacífico No Hispano o Latino
 Otro: _____

¿Cuál es el idioma de preferencia del paciente? Inglés Español Otro: _____

Información del Seguro

Seguro Primario: _____

Política/ Identificación: _____ Grupo/Cuenta: _____

Nombre del titular de la póliza: _____ Fecha de nacimiento: _____

Empleador: _____

Dirección del empleado: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Seguro secundario: _____

Política/ Identificación: _____ Grupo/Cuenta: _____

Nombre del titular de la póliza: _____ Fecha de nacimiento: _____

Empleador: _____

Dirección del empleado: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Complete si el paciente es menor

Nombre del Padre de Familia / Guardián: _____ Relación: _____

Teléfono de contacto del padre/tutor: _____

Nombre del Padre de Familia / Guardián: _____ Relación: _____

Teléfono de contacto del padre/tutor: _____

Formulario de contacto y avisos Valor Medical

Nombre del paciente: _____

Fecha de nacimiento: _____

Asignación de Beneficios: Autorizo a Valor Medical, o "VM" a presentar reclamos en mi nombre directamente a Medicare/Medicaid/mi compañía de seguros de salud privada. Esto significa que VM cobrará el pago de los suministros y servicios prestados. Entiendo que soy financieramente responsable ante el(los) Proveedor(es) por los cargos no pagados o por pagar. Lo autorizo a divulgar cualquier información necesaria a las compañías de seguros con respecto a enfermedades y tratamientos para procesar reclamos. Esta cesión permanecerá vigente hasta que yo la revoque por escrito.

Iniciales del Paciente: _____

Consentimiento para tratamiento: Doy mi consentimiento para que VM administre tratamientos, pruebas y/o pruebas de diagnóstico para tratar mi lesión/enfermedad o la del paciente de forma ambulatoria. Reconozco que no hay garantía en cuanto al resultado de cualquier tratamiento que yo/el paciente reciba. De conformidad con la ley estatal, si otra persona se expone accidentalmente a la sangre o los fluidos corporales (BBF) míos o del paciente, o si un procedimiento médico o quirúrgico podría exponer a otra persona a mi BBF o al del paciente. VM puede hacer que dicha BBF sea analizada para la infección por inmunodeficiencia humana (VIH/SIDA) a expensas de VM.

Iniciales del Paciente: _____

Prescripción electrónica: Entiendo que VM utiliza tecnología de prescripción electrónica y participa con SureScripts. SureScripts opera el intercambio de información de salud de farmacia, que facilita la transmisión electrónica de información de prescripción entre proveedores y farmacéuticos. SureScripts también proporciona datos de prescripción de cualquier medicamento, conocido como historial de medicamentos, que me recetan a mí o al paciente.

Iniciales del Paciente: _____

Llamadas telefónicas: Al proporcionar información de contacto, autorizo a VM, sus cesionarios y agentes de cobro de terceros a utilizar la información de contacto que he proporcionado para comunicarse conmigo y realizar llamadas a mi teléfono de casa/celular/empleo: dejar correo de voz o mensaje de texto mensajes: y usar mensajes pregrabados/artificiales/de voz y/o marcación automática en relación con cualquier comunicación conmigo.

Iniciales del Paciente: _____

Nombre	Relación	Número de Teléfono	¿Está bien hablar sobre HIPAA PHI o solo contacto de emergencia

___ NO deseo agregar contacto(s) adicional(es) para discutir mis necesidades o las de mi paciente.

Iniciales del paciente: _____

¿Podemos comunicarnos con usted por teléfono y dejarle un mensaje sobre su atención?

Teléfono principal: _____

Número de teléfono alternativo: _____

___ Deje un mensaje con número de contacto solamente.

___ Deje un mensaje con número de contacto solamente.

___ Deje un mensaje con información detallada.

___ Deje un mensaje con información detallada.

___ No deje un mensaje.

___ No deje un mensaje.

Formulario de Contacto y Avisos Valor Medical

Nombre del paciente: _____

Fecha de nacimiento: _____

Aviso de responsabilidad financiera del paciente

Acuso recibo del "Aviso de responsabilidad financiera del paciente"

Iniciales del paciente: _____

Aviso de política de ausencia

Iniciales del paciente: _____

Acuerdo del paciente de gestión de cuidados crónicos

Iniciales del paciente: _____

Aviso de prácticas de privacidad de HIPAA

Reconozco que se me ha ofrecido una copia de las prácticas de privacidad de VM.

Iniciales del paciente: _____

Derechos y responsabilidades de los pacientes

Reconozco que se me ha ofrecido una copia de los derechos y responsabilidades de los pacientes de VM.

Iniciales del paciente: _____

Fotografía del paciente menor de edad (cuando corresponda)

Doy mi consentimiento para que VM fotografíe al paciente menor de edad únicamente con fines de identificación.

Iniciales del paciente: _____

Escriba el Nombre del Paciente o Padre/Tutor

Firma del Paciente o Padre/Tutor

Fecha

Formulario de historial Valor Medical

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____

Alergias (Incluye medicamentos, comidas, tintes de Rayos – X) o Sin Alergias Conocidas

Nombre de la Alergia	Tipo de Reacción	Edad Aproximada de Inicio

Medicamentos Actuales (Incluya medicamento recetados, de venta libre, y suplementos) o Sin Medicamento Actuales

Nombre del Medicamento	Razón de Medicación	Dosis / Frecuencia	Fecha Aprox. de Inicio

Historial de Obstetricia y Ginecología: _____ N/A (Hombre) o Última Prueba de Papanicolaou: _____ Resultados: Normal _____ Anormal _____
 Último Ciclo Menstrual: _____ Embarazos (#): _____ Nacimientos Vivos (#): _____

Historia del Tabaco

¿Es usted un fumador activo de cigarrillos? _____ Si _____ No
 ¿Ha sido un fumador de cigarros? _____ Si _____ No
 Si es "Sí", Fumé un promedio de _____ paquetes por día, por _____ años _____ Dejé de hacerlo en _____ (año)
 ¿Usa otro producto de tabaco? _____ Si _____ No
 Si es "Sí", por favor especifique: _____

Historial de alcohol y drogas

¿Actualmente bebe alcohol? _____ Si _____ No
 Si es "Sí", aproximadamente cuantas bebidas por semana (cerveza, vino, licor): _____
 ¿Ha sido alguna vez diagnosticado con alcoholismo? _____ Si _____ No
 ¿Usa algún tipo de droga ilegal o recreacional? _____ Si _____ No
 Si es "Sí" que consume y aproximadamente con qué frecuencia: _____

Historial Familiar

¿Hay antecedentes de?:	Si	No	Tipo	Pariente (s) Afectado (especifique Materno/Paterno)
Ansiedad/Depresión				
Asma				
Cáncer				
Enfisema/COPD				
Diabetes				
Enfermedad del Corazón				
Colesterol Alto				
Presión Arterial Alta				
Enfermedad en Riñón				
Venas				
Abuso de sustancias/Adicción				
Enfermedad de Tiroides				
Otra Enfermedad Significante				

Formulario de historial Valor Medical

Nombre del paciente: _____

Fecha de nacimiento: _____

Historial Quirúrgico: ___ N/A

Tipo de Cirugía (Especifique Izquierda/Derecha)	Fecha de la Cirugía Realizada	Ubicación/Instalación

Examen de Ansiedad GDA - 7

Durante las últimas dos semanas , ¿Con qué frecuencia le han molestado siguientes problemas?	Para Nada	Pocos Días	Más de una semana	Casi Todos los Días
Sentirse nervioso, ansioso o al límite				
Incapacidad de dejar de sentirse preocupado				
Preocuparse demasiado por cosas diferentes				
Problemas para relajarse				
Estar tan inquieto que es difícil quedarse quieto				
Enojarse o irritarse con facilidad				
Sentir miedo como si algo terrible fuera a pasar				
Total de Columnas				

Puntaje Total: _____

Si marcó algún problema - ¿Qué tan difícil le han hecho hacer su trabajo, ocuparse de las cosas en casa o llevarse bien con otras personas?

Nada difícil _____ Algo difícil _____ Muy difícil _____ Extremadamente difícil _____

DetECCIÓN de PHQ-9

Durante las últimas dos semanas , ¿Con qué frecuencia le han molestado siguientes problemas?	Para Nada	Pocos Días	Más de una Semana	Casi Todos los Días
Poco interés o placer haciendo cosas				
Sentirse desanimado, depresivo, o sin esperanza				
Problemas para dormir, permanecer dormido, o dormir demasiado				
Sentirse cansado o con poca energía				
Poco apetito o comer más de lo normal				
Sentirse mal consigo mismo – o sentir que es un fracaso o que se ha defraudado así mismo o a los demás				
Problemas al concentrarse en cosas, como leyendo el periódico o viendo TV				
Moverse o hablar muy lento que otras personas han notado la diferencia o lo contrario – Estar tan inquieto o quieto que se mueve más de lo habitual				
Pensar que estaría mejor muerto o causarse daño así mismo de alguna manera				
Total de Columnas				

Puntaje Total: _____

Si marcó algún problema - ¿Qué tan difícil le han hecho hacer su trabajo, ocuparse de las cosas en casa o llevarse bien con otras personas?

Nada difícil _____ Algo difícil _____ Muy difícil _____ Extremadamente difícil _____

Formulario de Valor Medical

Nombre del paciente: _____

Fecha de nacimiento: _____

Marque las quejas o dolencias que se aplican a usted. Si no está seguro, coloque un signo de interrogación (?)

General	Fiebre	___ Si
	Sudores Nocturnos	___ Si
	Aumento de Peso	___ Si
	Pérdida de Peso	___ Si
	Intolerancia al Ejercicio	___ Si
	Escalofríos	___ Si
	Fatiga/Malestar	___ Si

Genito-Urinario	Incontinencia	___ Si
	Dificultad al Orinar	___ Si
	Sangre en Orina	___ Si
	Mayor Frecuencia	___ Si
	Vaciado Incompleto	___ Si

Ojos	Lentes/Lentes de contacto	___ Si
	Ojos Resecos	___ Si
	Cambios en la Visión	___ Si
	Irritación	___ Si
	Enfermedad en los Ojos/Lesión	___ Si

Hombres	Sangre en Orina	___ Si
	Disfunción Eréctil	___ Si
	Mal Olor en Orina	___ Si
	Dolor Testicular	___ Si
	Problemas al Orinar	___ Si

Oídos Nariz Boca Garganta	Dificultad al escuchar	___ Si
	Dolor de Oído	___ Si
	Frecuente Sangrado de Nariz	___ Si
	Problemas Nasales	___ Si
	Problemas en los Senos Paranasales	___ Si
	Dolor de Garganta	___ Si
	Sangrado de Encías	___ Si
	Ronquidos	___ Si
	Boca Seca	___ Si
	Ulceras en la Boca	___ Si
	Anomalías Orales	___ Si
	Problemas Dentales	___ Si
	Zumbidos en los Oídos	___ Si
	Sinusitis	___ Si

Mujeres	Molestias en los Senos	___ Si
	Sangrado Irregular	___ Si
	Relaciones Sexuales Dolorosas	___ Si
	Post-Menopausia	___ Si
	Sangrado	___ Si
	Problemas para Orinar	___ Si
	Flujo Vaginal	___ Si

Problemas Musculares	Dolor de Cuerpo	___ Si
	Debilidad en los Músculos	___ Si
	Artritis/Dolor en las Articulaciones	___ Si
	Dolor de Espalda	___ Si
	Hinchazón en las Extremidades	___ Si
	Dolor de Cuello	___ Si
	Dificultad al Caminar	___ Si
	Calambre	___ Si
	Osteoporosis	___ Si
Fracturas	___ Si	

Cardíaco (Corazón)	Dolor de Pecho	___ Si
	Dolor en el Brazo por Esfuerzo	___ Si
	Dificultad al Respirar	___ Si
	(Caminando)	
	Dificultad para Respirar	___ Si
	(Sentado)	
	Palpitaciones	___ Si
	Soplo Cardíaco	___ Si
Hinchazón de Pies/Tobillos	___ Si	

Piel Pelo Uñas	Lunar Anormal	___ Si
	Ictericia	___ Si
	Rash	___ Si
	Comezón	___ Si
	Cambios en la Piel	___ Si
	Crecimientos/Lesiones	___ Si
	Laceraciones	___ Si
	Áreas que no sanan	___ Si
	Cambios en Cabello/Uñas	___ Si
	Soriasis	___ Si
	Cambios en el Color de Piel	___ Si
	Bulto en el Pecho	___ Si

Respiratorio	Tos	___ Si
	Silbidos en el Pecho	___ Si
	Dificultad para Respirar	___ Si
	Toser Sangre	___ Si
	Apnea del Sueño	___ Si
	Uso de Inhaladores	___ Si

Gastro-Intestinal	Dolor Abdominal	___ Si
	Náusea	___ Si
	Vomito	___ Si
	Estreñimiento	___ Si
	Cambios en el Apetito	___ Si
	Diarrea	___ Si
	Heces Negras	___ Si
	Vómito con Sangre	___ Si
	Indigestión	___ Si
	Reflujo (GERD)	___ Si

Neuro	Pérdida de la Conciencia	___ Si
	Debilidad	___ Si
	Entumecimiento	___ Si
	Convulsiones	___ Si
	Mareos	___ Si
	Migrañas	___ Si
	Temblor	___ Si
	Disfunción de la Marcha	___ Si
	Parálisis	___ Si

Salud Mental	Depresión	___ Si
	Desordenes del Sueño	___ Si
	Sueño sin Descanso	___ Si
	Sentirse Inseguro	___ Si
	Abuso del Alcohol	___ Si
	Ansiedad	___ Si
	Alucinaciones	___ Si
	Pensamientos Suicidas	___ Si
	Cambios de Humor	___ Si
	Pérdida de la Memoria	___ Si
	Agitación	___ Si
	Demencia	___ Si
	Delirio	___ Si
	Historia Físico/ Abuso Mental	___ Si

Endocrina	Fatiga	___ Si
	Incremento de la Sed	___ Si
	Pérdida del Cabello	___ Si
	Crecimiento del Cabello	___ Si
	Intolerancia al Frío	___ Si
	Intolerancia al Calor	___ Si
Hematología/ Linfático	Moretones con Facilidad	___ Si
	Glándulas Inflamadas	___ Si
	Sangrado Excesivo	___ Si
	Anemia	___ Si
	Flebitis	___ Si
	Alérgico/ Inmunológico	Nariz Mocososa
Presión en la Frente		___ Si
Picazón		___ Si
Urticaria		___ Si
Estornudos Frecuentes		___ Si

Exámenes Recientes: Indique el mes/año del último examen en la columna de la derecha. **Mantenimiento de la Salud:** Indique en la columna de la izquierda si la fecha es estimada.

- ___ Densidad Ósea: _____
- ___ Colonoscopia: _____
- ___ Examen de Pie Diabético: _____
- ___ Examen de la vista: _____
- ___ Mamografía: _____
- ___ Examen de Papanicolaou: _____
- ___ Físico: _____
- ___ PSA: _____
- ___ Vacuna contra el tétanos: _____

Nombre del paciente: _____

Fecha de nacimiento: _____

Formulario de Divulgación de Registros Valor Medical

Yo, _____, por la presente autorizo a Valor Medical a obtener copias de mis registros.

Nombre del paciente: _____

Fecha de Nacimiento: _____ SNN: _____

Dirección: _____

Ciudad (*): Estado (*): Código postal: _____

Teléfono: _____

Autorizo la divulgación de mis registros médicos o los de mi hijo u otra información de atención médica, incluidos formularios, notas de gráficos, informes, notas de consulta, imágenes/informes de imágenes, pruebas de diagnóstico, laboratorios, correspondencia, medicamentos, antecedentes personales y otra información pertinente sobre mi salud. y tratamiento de:

Nombre del Médico/Práctica: _____

Dirección: _____

Ciudad (*): Estado (*): Código postal: _____

Teléfono: _____ Fax: _____

Para ser enviado a:

Valor Medical

140 bulevar del lugar del mercado. Ste. E., Knoxville, TN 37922-2337

(P) 885-212-2211 (F) 833-314-0589 info@valo-medical.com

Notas de Gráfico Lista de Imágenes / Otros diagnósticos
 Medicamentos Consultar Notas Notas de Terapia

Datos Demográficos

Otro: _____

Esta autorización es válida por un (1) año a partir de la fecha de la firma, a menos que se especifique lo contrario.

Otro: _____

Firma del Paciente/Tutor Legal: _____

Relación: _____

Fecha: _____

Formulario de pre-autorización de la tarjeta de crédito Valor Medical

Nombre del paciente: _____ Fecha: _____ Fecha de nacimiento: _____

Dirección: _____

Ciudad (*): Estado (*): Código postal: _____

Dirección de correo electrónico: _____

El paciente/titular de la tarjeta que suscribe autoriza a Valor Medical a obtener el pago de las tarifas por los servicios de la cuenta de la tarjeta de crédito del paciente/titular de la tarjeta identificada en la cuenta del paciente. Valor Medical puede cargar la cuenta por las citas perdidas (se requiere un aviso de cancelación mínimo de 24 horas, como se establece en nuestra política de citas perdidas), sin necesidad de la firma del Paciente/Tarjetahabiente para cada pago. Se enviará un recibo de la transacción a la dirección física o a la dirección de correo electrónico proporcionada por el paciente/titular de la tarjeta anteriormente.

Al firmar este formulario, el Paciente/Titular de la Tarjeta reconoce y acepta lo siguiente:

- El formulario firmado es confidencial y se mantendrá archivado en Valor Medical.
- El paciente/titular de la tarjeta autoriza que se realicen pagos en la cuenta del paciente mencionado anteriormente (incluidos copagos, coseguros, deducibles o cargos por citas perdidas).
- El Paciente/Titular de la tarjeta certifica, garantiza y declara que el Titular de la tarjeta mencionado a continuación acepta pagar los cargos de crédito de acuerdo con el acuerdo descrito anteriormente.
- Los pagos con tarjeta de crédito aparecerán en su estado de cuenta como Valor Medical.
- El Paciente/Titular de la Tarjeta acepta que los cargos son válidos y acepta no disputar dichos cargos.
- Esta autorización seguirá siendo válida durante 12 meses y se renovará automáticamente cada año, a menos que sea revocado por escrito con un aviso de revocación de 30 días.
- Esta autorización sirve como acuerdo para anotar los recibos, "firma en el archivo" cuando se cobra.

Escriba el nombre del firmante autorizado

Firma autorizada del paciente/titular de la tarjeta

Fecha

Tarjeta física que se entregará en recepción para mantener sus datos seguros

Por favor marque uno: ___ Visa ___ Tarjeta MasterCard ___ Discover ___ American Express

Nombre en la tarjeta: _____

Últimos 4 dígitos SOLAMENTE del número de tarjeta de crédito: _____

Dirección de facturación de la tarjeta: _____

Aviso de responsabilidad financiera de Valor Medical

Lea Antes de Recibir los Servicios

Valor Medical, o VM, reconoce la necesidad de un entendimiento claro entre el paciente y el proveedor médico con respecto a los arreglos financieros para la atención médica. La siguiente información se proporciona para evitar cualquier malentendido relacionado con el pago de servicios profesionales.

• PAGO:

o **Copagos:** Se aceptan copagos en el momento del servicio.

o **Deducibles / Coseguros** - Si su deducible no ha sido alcanzado, o tiene un porcentaje de coseguro, es su responsabilidad asegurar el pago de estos montos, según lo comunique a nuestra oficina su compañía de seguros. Nuestra oficina presentará el reclamo de seguro para su conveniencia, y luego usted será responsable de cualquier saldo después de que el seguro procese su reclamo. Todos los cargos por tratamiento vencen y son pagaderos a más tardar sesenta (60 días) después de la fecha del servicio. Estos períodos permiten tiempo suficiente para procesar el seguro y realizar el pago total de cualquier saldo restante. Habrá un cargo de \$25 por cheques devueltos. Si no se paga dentro de los 60 días, VM comenzará varias actividades de cobro que incluyen, entre otras, enviar la cuenta vencida a una agencia de cobro.

o **Pago por cuenta propia (Privado, Pago en Efectivo):** Si no tiene cobertura de seguro, le pedimos que coordine su atención con nuestra oficina comercial antes de su visita. Ofrecemos planes de pago caso por caso, pero también requerimos un pago al momento del servicio para todos los servicios profesionales.

La siguiente no es una lista completa y no incluye pruebas o medicamentos externos.

Manejo de enfermedades crónicas:

Precio base: \$ 75 (sin incluir pruebas de diagnóstico, tratamientos o complejidad adicional)

Enfermedad Menor/Lesión/Visitas/ A gudas:

Precio base: \$50 (sin incluir pruebas de diagnóstico, tratamientos o complejidad adicional)

Pruebas rápidas:

Prueba rápida de gripe: \$30

Prueba rápida de estreptococos: \$30

Prueba rápida de antígeno COVID-19: \$50

Prueba de TB (Prueba cutánea PPD): Colocación: \$35, Lectura: \$25

Bienestar y exámenes físicos:

Solo examen anual para adultos: \$50

Examen físico anual para mujeres adultas con PAP (no incluye el costo del laboratorio de diagnóstico): \$80 Examen

físico escolar/deportivo (niño): \$35

Examen físico para adultos/universidad: \$50

Físico DOT (Departamento de Transporte): \$90

**Los precios anteriores son solo para los exámenes anuales, si hay inquietudes adicionales que desea que el proveedor aborde, habrá un cargo adicional por el tipo de visita correspondiente)

Consejería de salud conductual - \$1/min (pacientes nuevos y existentes)

ATENCIÓN ADMINISTRADA: Todos los montos de copago de atención administrada (HMO, PPO, etc.) vencen en el momento de los servicios. Si su plan de seguro requiere un médico de atención primaria (PCP) específico, presente o solicite un formulario de "Cambio de PCP" en su visita inicial. Si solicita una visita al consultorio sin cambiar Valor Medical a su PCP en estas circunstancias, su plan de seguro puede considerarlo como "fuera de la red" o "tratamiento no cubierto", y usted será responsable de una cantidad mayor, o la totalidad, de los cargos. El paciente reconoce que es su responsabilidad saber qué servicios están cubiertos y acepta pagar cualquier servicio que se considere fuera de la red o no cubierto por el plan.

- **MEDICARE:** Los proveedores de Valor Medical son proveedores participantes del programa Medicare y aceptan como pago el deducible del paciente permitido por Medicare y/o el 20 % de coseguro. Si tiene un seguro complementario (Medigap) para cubrir la parte de los cargos que Medicare no paga, proporciónenos una copia de su tarjeta de seguro y cualquier formulario que pueda requerir su compañía de seguros. Medicare y/o las compañías secundarias no cubren algunos procedimientos y suministros. Asegúrese de comprender qué aspectos de su tratamiento están cubiertos antes de continuar. En este raro caso, es posible que se le pida que firme un formulario de exención o un Aviso avanzado de beneficiario (ABN), que establece que comprende que será responsable de estos cargos.
- **PACIENTES CON ACCIDENTES DE AUTOMÓVIL:** Tratamos a pacientes con accidentes de automóvil. Sin embargo, no podemos monitorear las cuentas a largo plazo y requerimos el pago como paciente que paga por cuenta propia. No aceptaremos una carta de protección de un abogado como garantía de pago o programa de seguro de terceros.
- **HIJOS DE PADRES DIVORCIADOS:** La responsabilidad por el pago del tratamiento de los hijos menores de edad, cuyos padres están divorciados, recae en el padre que solicita el tratamiento. Cualquier juicio de responsabilidad ordenado por un tribunal debe determinarse entre las personas involucradas, sin la inclusión de VM.
- **SIN COMPENSACIÓN DE TRABAJADORES:** Valor Medical NO acepta Seguro de Compensación de Trabajadores.
- **NO PRESENTARSE / CITAS PERDIDAS:** Si no se presenta a una cita programada o notifica a nuestra oficina de cancelaciones al menos 24 horas antes de la hora de su cita, se le cobrará una tarifa de cita perdida de \$ 50. Esta tarifa se cargará directamente a una tarjeta de crédito que mantendremos registrada. Le enviaremos un recibo notificándole de inmediato el cargo por la cita perdida. Si se niega a proporcionar una tarjeta de crédito por adelantado e incurre en una tarifa de cita perdida de \$ 50, le enviaremos una factura con un recargo del 10% que resultará en una tarifa de \$ 55. Todas las citas restantes se cancelarán y no se le reprogramará hasta que se haya pagado la tarifa en su totalidad o se hayan hecho arreglos de pago. Después de 3 visitas perdidas/ cancelaciones tardías, puede ser despedido de la práctica.
- **PLANES DE PAGO PARA EL PACIENTE:** Ofrecemos la oportunidad de establecer un plan de pago razonable si no puede pagar la totalidad al momento del servicio. Si tiene un saldo pendiente, esperamos que haga el pago o los arreglos de pago antes de su próxima cita programada. La falta de pago puede resultar en el despido de la práctica.
- **PARTICIPACIÓN EN LA RED:** Antes de recibir los servicios, debe verificar que somos proveedores participantes con la red de su compañía de seguros. También puede ser necesario que Valor Medical, o uno de nuestros proveedores, figure como su proveedor de atención primaria en su compañía de seguros, si así lo requiere su contrato con su compañía de seguros. En caso de que no seamos proveedores participantes, o que nuestro proveedor no figure como su proveedor de atención primaria con su compañía de seguros, presentaremos el reclamo inicial como cortesía. Dicho esto, el paciente reconoce que los servicios prestados pueden cubrirse en un porcentaje menor o no cubrirse en absoluto, y que cualquier saldo restante es responsabilidad del paciente.
- **SALDOS DEL PACIENTE:** Le enviaremos un estado de cuenta al correo electrónico o a la dirección de facturación que proporcione para notificarle cualquier saldo que pueda adeudar. Si tiene preguntas o disputa la validez de este saldo, es su responsabilidad comunicarse con nuestra oficina comercial dentro de los 30 días posteriores a la recepción del estado de cuenta inicial. Puede llamar al (865) 212-2211 y preguntar por el Departamento de Facturación.
- **Si no mantenemos el saldo de su cuenta al día, es posible que debamos cancelar o reprogramar su cita**

Valor Medical cree firmemente que una buena relación paciente/proveedor se basa en la comprensión y la comunicación abierta. Esperamos que las políticas anteriores nos permitan brindar atención de la más alta calidad a nuestros pacientes. Si tiene alguna pregunta o aclaración con respecto a estas políticas, llámenos al (865) 212-2211.

Acuerdo del paciente de gestión de cuidados crónicos de Valor Medical

Medicare ofrece un nuevo beneficio para los beneficiarios con múltiples afecciones crónicas y, al aceptar este acuerdo, permite que su proveedor le brinde servicios de administración de atención crónica.

Los servicios de CCM solo están disponibles para pacientes con 2 o más afecciones crónicas. Medicare define una condición crónica como una condición que se espera que dure más de 12 meses y que aumenta el riesgo de muerte, exacerbación aguda de la enfermedad o disminución de la función.

Los Beneficios de los Servicios de CCM Incluyen:

- Acceso las 24 horas, los 7 días de la semana a un proveedor de atención para ayudarlo con sus necesidades de salud crónicas.
- Un plan integral de atención para las necesidades de salud, disponible en papel o electrónicamente.
- Coordinación con proveedores de servicios tanto en el hogar como en la comunidad.
- Gestión de la transición entre proveedores de salud, incluidos referencias y seguimiento después hospitalares, centros de enfermería especializada u otros centros de atención médica.
- Supervisión y administración de medicamentos.
- Uso de registros de salud electrónicos certificados según lo exige Medicare.

Reconocimiento y Acuerdo del Beneficiario:

Al firmar este acuerdo, usted acepta los siguientes términos:

- Usted da su consentimiento para que su proveedor le brinde servicios de CCM
- Usted certifica que su proveedor le ha explicado completamente el alcance de los servicios de CCM
- Usted reconoce que solo un profesional puede proporcionar y convertirse en el proveedor principal de CCM servicios durante un mes calendario.
- Usted autoriza la comunicación electrónica entre los proveedores tratantes como parte de su atención.
- Usted comprende que los servicios de CCM están sujetos al coseguro de Medicare y que se le puede facturar para una parte de los servicios de CCM
- Comprende que tiene derecho a cancelar los servicios de CCM en cualquier momento mediante la revocación de este acuerdo a partir del final del mes en curso.
- Puede revocar este acuerdo notificándonos por teléfono o enviando su revocación por escrito a 140 Market Place Blvd Ste E, Knoxville, TN 37922. Luego, su proveedor le dará una confirmación por escrito, incluida la fecha de revocación de los servicios de CCM.

Aviso de prácticas de privacidad de HIPAA

ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO SE PUEDE UTILIZAR Y DIVULGAR SU INFORMACIÓN MÉDICA Y CÓMO USTED PUEDE TENER ACCESO A ESTA INFORMACIÓN. POR FAVOR REVÍSELO CUIDADOSAMENTE.

Este Aviso de Prácticas de Privacidad NO es una autorización. Este Aviso de prácticas de privacidad describe cómo nosotros, nuestros socios comerciales y sus subcontratistas, podemos usar y divulgar su información médica protegida (PHI) para llevar a cabo operaciones de tratamiento, pago u atención médica (TPO) y para otros fines que están permitidos o requerido por la ley. También describe sus derechos para acceder y controlar su información de salud protegida. La "Información de salud protegida" es información sobre usted, incluida la información demográfica, que puede identificarlo y que se relaciona con su condición de salud física o mental pasada, presente o futura y los servicios de atención médica relacionados.

USOS Y DIVULGACIONES DE LA INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA

Su información de salud protegida puede ser utilizada y divulgada por su proveedor, el personal de nuestra oficina y otros fuera de nuestra oficina que estén involucrados en su atención y tratamiento con el fin de brindarle servicios de atención médica, pagar sus facturas de atención médica, para apoyar el funcionamiento de la práctica del prestador, y cualquier otro uso requerido por la ley.

Tratamiento: Usaremos y divulgaremos su información médica protegida para brindar, coordinar o administrar su atención médica y cualquier servicio relacionado. Esto incluye la coordinación o gestión de su atención médica con un tercero. Por ejemplo, su información de salud protegida se puede proporcionar a un proveedor al que se le haya remitido para garantizar que el proveedor tenga la información necesaria para diagnosticarlo o tratarlo.

Pago: Su información médica protegida se utilizará, según sea necesario, para obtener el pago de sus servicios de atención médica. Por ejemplo, obtener la aprobación para una estadía en el hospital puede requerir que su información de salud protegida relevante se divulgue al plan de salud para obtener la aprobación para la admisión en el hospital.

Operaciones de Atención Médica: Podemos usar o divulgar, según sea necesario, su información médica protegida para respaldar las actividades comerciales de la práctica de su proveedor. Estas actividades incluyen, entre otras, evaluación de calidad, revisión de empleados, capacitación de estudiantes de medicina, otorgamiento de licencias, recaudación de fondos y realización o arreglo de otras actividades comerciales. Por ejemplo, podemos divulgar su información de salud protegida a estudiantes de la escuela de medicina que atienden pacientes en nuestra oficina. Además, podemos usar una hoja de registro en el mostrador de registro donde se le pedirá que firme su nombre e indique su proveedor. También podemos llamarlo por su nombre en la sala de espera cuando su proveedor esté listo para verlo. Podemos usar o divulgar su información médica protegida, según sea necesario, para comunicarnos con usted y recordarle su cita e informarle sobre alternativas de tratamiento u otros beneficios y servicios relacionados con la salud que puedan ser de su interés. Si usamos o divulgamos su información de salud protegida para actividades de recaudación de fondos, le daremos la opción de optar por no participar en esas actividades. También puede optar por volver a participar.

Podemos usar o divulgar su información médica protegida en las siguientes situaciones sin su autorización. Estas situaciones incluyen: según lo requiera la ley, problemas de salud pública según lo requiera la ley, enfermedades transmisibles, supervisión de la salud, abuso o negligencia, requisitos de administración de alimentos y medicamentos, procedimientos legales, cumplimiento de la ley, médicos forenses, directores de funerarias, donación de órganos, investigación, militar, actividad militar y seguridad nacional, compensación de trabajadores, reclusos y otros usos y divulgaciones requeridos. Según la ley, debemos hacerle divulgaciones cuando lo solicite. Según la ley, también debemos divulgar su información médica protegida cuando lo requiera el Secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos para investigar o determinar nuestro cumplimiento con los requisitos de la Sección 164.500.

USOS Y DIVULGACIONES QUE REQUIEREN SU AUTORIZACIÓN

Otros Usos y Divulgaciones Permitidos y Requeridos se realizarán solo con su consentimiento, autorización u oportunidad de objetar, a menos que lo exija la ley. Sin su autorización, se nos prohíbe expresamente usar o divulgar su información de salud protegida con fines de marketing. No podemos vender su información médica protegida sin su autorización. No podemos usar ni divulgar la mayoría de las notas de psicoterapia contenidas en su información de salud protegida. No utilizaremos ni divulgaremos su información médica protegida que contenga información genética que se utilizará con fines de suscripción.

Puede revocar la autorización, en cualquier momento, por escrito, excepto en la medida en que su proveedor o la práctica del proveedor haya tomado una acción en función del uso o divulgación indicados en la autorización.

TUS DERECHOS

Las siguientes son declaraciones de sus derechos con respecto a su información de salud protegida.

Tiene derecho a inspeccionar y copiar su información médica protegida (se pueden aplicar tarifas): De conformidad con su solicitud por escrito, tiene derecho a inspeccionar o copiar su información médica protegida, ya sea en formato impreso o electrónico. Sin embargo, según la ley federal, no puede inspeccionar ni copiar los siguientes registros: Notas de psicoterapia, información recopilada con anticipación razonable o utilizada en una acción o procedimiento civil, penal o administrativo, información de salud protegida restringida por la ley, información que está relacionada con investigaciones médicas en las que ha aceptado participar, información cuya divulgación puede resultar en daño o perjuicio para usted o para otra persona, o información que se obtuvo bajo una promesa de confidencialidad.

Tiene derecho a solicitar una restricción de su información médica protegida: Esto significa que puede solicitarnos que no usemos ni divulguemos ninguna parte de su información médica protegida con fines de tratamiento, pago u operaciones de atención médica. También puede solicitar que cualquier parte de su información médica protegida no se divulgue a familiares o amigos que puedan estar involucrados en su atención o para fines de notificación, como se describe en este Aviso de prácticas de privacidad. Su solicitud debe indicar la restricción específica solicitada y a quién desea que se aplique la restricción. Su proveedor no está obligado a aceptar la restricción solicitada, excepto si solicita que el proveedor no divulgue información médica protegida a su plan de salud con respecto a la atención médica por la cual pagó en su totalidad de su bolsillo.

Tiene derecho a solicitar recibir comunicaciones confidenciales: tiene derecho a solicitarnos comunicaciones confidenciales por medios alternativos o en una ubicación alternativa. Tiene derecho a obtener una copia impresa de este aviso de nuestra parte, previa solicitud, incluso si ha aceptado aceptar este aviso alternativamente, es decir, electrónicamente.

Tiene derecho a solicitar una modificación de su información médica protegida: Si denegamos su solicitud de modificación, tiene derecho a presentarnos una declaración de desacuerdo y podemos preparar una refutación de su declaración y le proporcionaremos una copia de tal refutación.

Tiene derecho a recibir un informe de ciertas divulgaciones: Tiene derecho a recibir un informe de divulgaciones, en papel o electrónico, excepto las divulgaciones: de conformidad con una autorización, con fines de tratamiento, pago, operaciones de atención médica; requerido por la ley, que ocurrió antes del 14 de abril de 2003, o seis años antes de la fecha de la solicitud.

Tiene derecho a recibir un aviso de incumplimiento: Le notificaremos si se ha violado su información de salud protegida no segura.

Tiene derecho a obtener una copia impresa de este aviso de nuestra parte incluso si ha aceptado recibir el aviso electrónicamente. Nos reservamos el derecho de cambiar los términos de este aviso y le notificaremos dichos cambios en la siguiente cita. También pondremos a su disposición copias de nuestro nuevo aviso si desea obtener una.

QUEJAS

Puede presentar una queja ante nosotros o ante el Secretario de Salud y Servicios Humanos si cree que hemos violado sus derechos de privacidad. Puede presentar una queja con nosotros notificando a nuestro Oficial de Cumplimiento de su queja. **No tomaremos represalias contra usted por presentar una queja.**

Estamos obligados por ley a mantener la privacidad y proporcionar a las personas este aviso de nuestras obligaciones legales y prácticas de privacidad con respecto a la información de salud protegida. También estamos obligados a cumplir con los términos del aviso actualmente en vigor. Si tiene alguna pregunta en referencia a este formulario, solicite hablar con nuestro Oficial de Cumplimiento de HIPAA en persona o por teléfono a nuestro número de teléfono principal. Firme el formulario de "Entendimiento".

Tenga en cuenta que, al firmar el formulario de Acuse de recibo, solo reconoce que ha recibido o se le ha dado la oportunidad de recibir una copia de nuestro Aviso de Prácticas de Privacidad.

Derechos y Responsabilidades de los Pacientes

Derechos de los Pacientes:

- Los pacientes tienen derecho a una atención considerada y respetuosa de sus médicos, representantes del plan de salud y otros proveedores de atención médica que no los discriminen por motivos de raza, etnia, origen nacional, religión, sexo, edad, discapacidad mental o física, orientación o información genética.
- Los pacientes tienen derecho a que se proteja su privacidad.
- Los pacientes tienen derecho a recibir un tratamiento confidencial de todas las comunicaciones y registros relacionados a su cuidado.
- Los pacientes tienen derecho a recibir información precisa y fácil de entender sobre su plan de salud, profesionales de atención médica y centros de salud.
- Los pacientes tienen derecho a elegir proveedores de atención médica que puedan brindarles atención médica de alta calidad. cuando lo necesitan.
- Los pacientes tienen derecho a hacer sugerencias a su compañía de seguros sobre su seguro los derechos y responsabilidades de los pacientes de la compañía.
- Los pacientes tienen derecho a trabajar con sus médicos para tomar decisiones sobre su atención médica.
- Los pacientes tienen derecho a presentar quejas y apelaciones sobre su compañía de seguros o la atención que brinda. proporciona.
- Los pacientes tienen derecho a conocer los hechos y analizar las opciones de tratamiento necesarias para su afección, independientemente del costo o la cobertura del seguro.

Responsabilidades de los Pacientes:

- Los pacientes son responsables de seguir los planes e instrucciones de atención que hayan sido acordados por su médico.
- El paciente es responsable de proporcionar la información que la compañía de seguros, los médicos y el hospital necesitan para brindar atención.
- Los pacientes son responsables de comprender sus problemas de salud y trabajar con sus médicos para llegar a objetivos acordados mutuamente.
- Los pacientes son responsables de notificar a su médico si hay algún cambio en su dirección, número de teléfono o compañía de seguros. Los pacientes son responsables de notificar a su médico si no pueden asistir a su cita.
- Los pacientes son responsables de llamar a su compañía de seguros si tienen alguna pregunta o problema. • Los pacientes son responsables de llegar a tiempo a las citas.